(Aus dem Knappschafts-Lazarett Sulzbach-Saar)
Direktor Sanitätsrat Dr. Brauneck.

Die Folgen

der

traumatischen Hüftgelenks-Luxationen

unter besonderer Berücksichtigung der daraus entstehenden

Rentenansprüche.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt von

Kurt Riebold,
Hilfsarzt aus Freiberg i. Sa.

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

Leipzig
Druck von Alexander Edelmann
Universitäts-Buchdrucker.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. 27. November 1914.
Referent: Herr Geheimer Med.-Rat Prof. Dr. Marchand.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547026_0103

Den Gegenstand meiner Arbeit soll eine Zusammenstellung der traumatischen Hüftgelenks-Luxationen bilden, die seit dem Jahre 1885 an den Knappschaftslazaretten zu Sulzbach-Saar, Völklingen, Neunkirchen und an dem Knappschaftslazarett im Fischbachtale zur Beobachtung kamen. Die Zusammenfassung aus einem so weiten Zeitraume macht sich deshalb notwendig, weil die Hüftgelenks-Luxationen zu den selteneren Verletzungen gehören und es darauf ankommt, an einer größeren Anzahl von derartigen Verletzungen die Folgen und Rentenansprüche zusammenzustellen.

Wie selten die Luxationen sind, geht unter anderem auch daraus hervor, daß Krönlein bei seiner Zusammenstellung von 400 Luxationen aus der von Langenbeckschen Klinik und Poliklinik nur 8 Fälle von Hüftgelenks-Luxationen hat. Die Ursache dieses relativ seltenen Vorkommens der Hüftgelenks-Luxationen ist wohl vor allem in der günstigen Beschaffenheit dieses Gelenkes zu suchen. Vergegenwärtigen wir uns die Tiefe der Gelenkpfanne, die Festigkeit der Kapsel, die überaus mächtig entwickelte Muskulatur, so erscheint uns die Seltenheit der Verletzungen recht begreiflich.

Die Kenntnis der Arten des Mechanismus und der Entstehungsursache ist eine neuere, wie aus der Arbeit von Keimer aus dem Jahre 1872 hervorgeht. Ungefähr aus dieser Zeit stammt die Einteilung und genaue Kenntnis des anatomischen Vorganges.

Beitrag zur Kasuistik der traumatischen Luxationen im Hüftgelenk von Peter Keimer, Greifswald 1872.

Der Verfasser betont im Anfang, daß wegen der Seltenheit der Oberschenkelverrenkungen die Chirurgen bisher bald diese, bald jene als die häufigste angegeben hätten, je nachdem ihnen diese oder jene Form zufällig mehr oder weniger zur Beobachtung gekommen wäre, daß nunmehr aber durch die Arbeiten von A. Cooper, Malgaigne, Roser nach der genauen anatomisch-physiologischen Feststellung des Luxationsmechanismus die Kenntnis der Hüftgelenks-Luxationen bekannt sei. Er führt 2 Fälle an, den einen eine Luxatio ileopectinea bei einer 37jährigen Frau. Die Einrichtung gelang nicht direkt, sondern nachdem aus der äußerst seltenen Stellung eine Luxatio iliaca hergestellt war, konnte sofort der Oberschenkel eingerenkt werden. Nach annähernd 6 Wochen wurde die Frau geheilt entlassen. Der zweite Fall, der einen 31 Jahre alten Zimmermann betrifft, hatte eine über ein Jahr lang bestehende Luxation; auch diese ist auf unblutigem Wege geheilt worden. Er beschreibt dann noch die verschiedenen Arten der Luxationen und ihre Repositionsmöglichkeiten.

Über das klinische Bild, die Einrenkungsmöglichkeiten und weitere Behandlung brauche ich mich nicht auszulassen, weil hierüber verschiedene Arbeiten in der Literatur bekannt sind. Ich verweise hier auf die Arbeit von Kneer aus der Tübinger Klinik vom Jahre 1889 und auf diejenige von Hirsch aus dem Jahre 1899.

Aus der Tübinger chirurgischen Klinik von Professor Bruns über 32 traumatische Hüftgelenks-

Luxationen von Dr. F. Kneer, 1889. Verfasser bringt an einem Material, das sich in 38 Jahren angesammelt hat, einen Überblick über die verschiedenen Arten der Hüftgelenks-Luxationen; er betont die Seltenheit derselben. Billroth habe von 1860 bis 1876 nur 15 Fälle gesehen. In der Bonner Klinik hat C. O. Weber während 38 Jahren nur 22 Fälle beobachtet. Krönlein endlich stellte von 400 Luxationen nur 8 Fälle von Hüftgelenks-Luxationen in der von Langenbeckschen Klinik fest. Von seinen 32 Luxationen ist die eine die, wie er selbst bemerkt, überaus seltene Doppelluxation. Er erwähnt, daß das Vorkommen der Luxationen im Hüftgelenk früher bedeutend überschätzt wurde. Er führt Beispiele von 6 bis 13 % an und schiebt die Überschätzungen darauf, daß kongenitale Luxationen, ebenso solche, die schon öfters in Behandlung waren, als irreponibele mehrfach gezählt wurden. Von seinen 82 Luxationen kommen 13 auf die rechte, 17 auf die linke Körperseite, 5 auf Frauen, 26 auf Männer, also das Verhältnis von 1 : 5. Diese Beobachtung stimmt ungefähr auch mit denen der bekannten Literatur überein. Die Verteilung der Luxationen auf das Lebensalter ist eine sehr verschiedene. Krönlein nimmt an, daß die Frequenz der Luxationen bis zum 30. Lebensjahre allmählich zunimmt, um allmählich wieder zu sinken. Er findet vom 3. bis 5. Lebensdezennium die Häufigkeit am ausgeprägtesten. Er konstatierte 26 Luxationen nach hinten, 5 nach vorn und findet dieses Verhältnis ungefähr mit den Beobachtungen anderer übereinstimmend, von 210 Luxationen 160 nach hinten, 49 nach vorn. Von den Luxationen

nach hinten sind 22 iliacae und 5 ischiadicae. Von den Luxationen nach vorn kommen die beiden Unterarten suprapubica und infrapubica ungefähr gleichhäufig vor. Die Luxatio supracotyloidea bezeichnet er als eine der seltensten.

Als Entstehungsursache kommt bei ihm in der Hauptsache eine sehr bedeutende Gewalteinwirkung in Betracht, 6 Luxationen durch Sturz aus sehr großer Höhe, 5 Luxationen durch Überfahren von schweren Fuhrwerken, direkte Gewalt beim Fällen von Bäumen, von den stürzenden Stämmen verursacht.

Erwähnen möchte ich einen Fall, in welchem ein Mann an einen mit schweren Holzbalken beladenen Wagen eine Kette anlegen wollte; er beugte sich unter den Wagen halb knieend, den linken Fuß nach hinten streckend. Es fiel ein Balken von dem Wagen herab und traf den Mann in dieser Stellung auf die hintere äußere Seite des linken Oberschenkels, welcher durch diese Gewalteinwirkung ausgerenkt wurde.

Über den Mechanismus der Entstehung der Verrenkung nach hinten schreibt er, daß derselbe durch forzierte Flexionen, Adduktionen und Rotationen nach innen zu stande kommt, ferner durch Gewalten, welche die Schenkel in Adduktion und Einwärtsdrehung treffen und diese Stellung noch verstärken. Die Luxationen nach vorn entstehen durch übermäßige Extention, Adduktion und Rotation nach außen.

Bei seinen Fällen hat er meist sehr schwere Komplikationen wie beispielsweise Wirbel- und Becken-Frakturen und Verletzungen der Baucheingeweide, wodurch die Prognose ungünstiger gestellt

werden muß. Diese hängt ferner ab von der Reponibilität der Luxationen. Weber hält gerade die Hüftgelenksverrenkungen für diejenigen, welche in bezug auf Einrichtung die schlechteste Prognose gaben. Er führt an, daß er unter 11 Luxationen 2 nicht reponieren konnte. Verfasser betont, daß nach seinem Material sämtliche Luxationen, welche nicht länger als eine Woche bestehen, ohne große Schwierigkeiten reponiert werden könnten. Hamilton erwähnt, daß selbst nach achtwöchentlichem Bestehen die Reposition ihm noch gelungen ist. Über die Wiederherstellung der Funktionen des Hüftgelenkes nach gelungener Reposition vermag Verfasser nur wenige Angaben zu machen, da die Verletzten kurze Zeit nach der Reposition entlassen wurden und zur späteren Untersuchung sich nur selten wieder einfanden. Rezidive hat er nicht beobachtet. Er beschreibt ferner die Repositionsmethoden und führt an, daß dieselben stets zum Ziele geführt haben, wenn auch bisweilen mit Schwierigkeiten, und daß die Aussichten auf Erfolge der Repositionsversuche sich vermindern, je länger die Luxation besteht.

Beitrag zur Frage der traumatischen Hüftgelenks-Luxationen aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald von Max Hirsch. 1899. Der Verfasser betont die Seltenheit der Hüftgelenks-Luxationen wegen der anatomischen Verhältnisse desselben, der Tiefe der Pfanne, der Festigkeit der Kapsel und der Widerstandsfähigkeit der mächtigen Muskeln, sowie des Schenkelhalses. Nach seinen Erfahrungen entstehen die Verrenkungen selten durch Einwirkung direkter Gewalt. In der Mehrzahl der Fälle ist eine gewalt-

same und plötzliche Übertreibung einer sonst physiologischen Bewegung schuld, wie dies beim Sturz aus großer Höhe, beim Überfahrenwerden von schweren Fuhrwerken, beim Auffallen schwerer Lasten auf das Hüftgelenk, beim Verschüttetwerden von auffallender Erde oder Steinmassen der Fall ist. Er beschreibt dann seine 14 Fälle. Die Schwierigkeit, über den Mechanismus der Entstehung der Verrenkungen Aufschluß zu bekommen, schiebt er darauf, daß die Patienten nur selten im stande sind, nähere Angaben über den Hergang der Verletzungen zu machen. Bisweilen genügt ein bloßes Ausgleiten mit nach innen rotiertem, adduzierten Fuß, um eine Hüftgelenks-Luxation zu bewirken. Ferner sind Gewalten, welche die Hüftgelenksgegend selbst treffen oder Überfahrenwerden von schweren Fuhrwerken im stande, eine Luxation im Hüftgelenk durch direkten Druck herbeizuführen. Auch dafür hat er Beispiele. Beim Überfahrenwerden kann auch eine Luxation nach vorn entstehen, wenn die Gewalt von hinten den Oberschenkel trifft und den Kopf dann direkt vorn aus der Kapsel treibt. Im allgemeinen entstehen die Luxationen nach vorn durch Gewalten, die das flektierte oder gestreckte Bein in Adduktion und Außenrotation treffen. Eine Luxatio infrapubica ist entstanden durch Sturz vom Pferd und Hängenbleiben in den Steigbügeln.

Statistisch führt er an: Malgaigne fand unter 114 Luxationen nur 6 der Hüfte, unter 491 nur 34, Krönlein in 400 frischen Verrrenkungen nur 8 Verrenkungen des Hüftgelenkes. Männer sind der Verletzung mehr ausgesetzt wie Frauen. Unter den 34 Fällen von Malgaigne befanden sich nur 8

Frauen, unter 115 von Hamilton zusammengestellten Fällen nur 11 Frauen. Der Verfasser hat bei seinen 14 Fällen 3 Frauen. Er gibt dann noch an, daß die Luxation nach hinten auch bei ihm die häufigste ist, und stimmt damit mit den anderen Statistikern überein. Die Verteilung der Luxationen auf das verschiedene Lebensalter ist eine sehr ungleiche, wenn auch kein Lebensalter ganz verschont wird. Die meisten Luxationen treten im 20. bis 50. Lebensjahr ein, weil schwere Gewalteinwirkungen im allgemeinen zum Zustandekommen der Luxationen nötig sind und diese meistens mit den Gefahren, die bei schwerer Körperarbeit bestehen, verknüpft sind, ferner weil in diesem Alter die Knochen am widerstandsfähigsten sind, während in höherem Alter viel eher eine Schenkelhalsfraktur entsteht, in der Jugendzeit eher eine Fraktur in der Epiphysen-Linie. Er erwähnt dann noch Symptome, Therapie. Die Prognose stellt er an frischen Fällen gut, da dank der Kenntnis der Anatomie und Ätiologie der Hüftgelenks-Luxationen die Repositionen bei sachgemäßem Vorgehen in den meisten Fällen ohne Schwierigkeiten gelingen. Sehr selten sind die Fälle, in denen ein unüberwindliches Repositionshindernis vorliegt. Auch er hat einen solchen Fall angeführt. Die Prognose ist auch dann noch nicht schlecht zu stellen, da wir in der Lage sind, durch chirurgische Eingriffe noch vollständige Dauerheilung zu erzielen. Der Verfasser läßt sich noch aus über Behandlung veralteter Luxationen durch die Chirurgie.

Von den sehr seltenen doppelseitigen Luxationen, von denen auch eine unter meinem Material sich befindet, erwähne ich aus der Literatur 2 Arbeiten. Es sind dies

die Arbeiten von Niehaus vom Jahre 1888 und von Kofend vom Jahre 1896.

Über traumatische Luxation beider Hüftgelenke von Dr. Paul Niehaus in Bern. 1888. Der Verfasser stellt die ihm aus der Literatur bekannten Fälle doppelseitiger Hüftgelenksverrenkungen zusammen und kommt zu dem Resultat, daß dieselben doch nicht ganz so selten sind, wie bisher angenommen wurde. Veranlaßt wurde er durch einen Fall, den er selbst behandelte, bei einem 25jährigen Lokomotivheizer. Der Unfall entstand dadurch, daß sich die Maschine plötzlich und unverhofft in Bewegung setzte, während der Patient in hockender Stellung am Boden mit der Reinigung der Maschine beschäftigt war. Auch hier konnte der Patient nähere Angaben über das Zustandekommen des Unfalles nicht machen. Verfasser stellt von 1830 bis 1888 26 Fälle doppelseitiger Hüftgelenks-Luxationen zusammen, von denen aber, wie er selbst angibt, verschiedene aus unsicherer Quelle stammen.

Zur Kasuistik der beiderseitigen traumatischen Hüftgelenks-Luxationen von Dr. Adolf Kofend aus der Wiener klinischen Wochenschrift vom Jahre 1896. Der Verfasser gibt die Seltenheit seines Falles als Grund der Veröffentlichung an. Es handelt sich bei ihm um eine Luxatio iliaca dextra et obturatoria sinistra, die er bei einem 55jährigen Manne feststellen konnte. Die Luxation ist wahrscheinlich so entstanden, daß bei fixierten unteren Extremitäten infolge der Überstreckung des Körpers das Becken über die beiden Oberschenkel abrutschte. Er stellt noch 8 Fälle von beiderseitigen Hüftgelenks-Luxationen zusammen, die ihm aus der Literatur

bekannt wurden. Es sind alles Fälle, die einzeln veröffentlicht worden sind, ein Beweis für die Seltenheit dieser Verletzung.

Was mein Material betrifft, so ist es in seiner Zusammensetzung vollkommen einheitlich und zwar zunächst nach Geschlecht und Alter, indem Kinder und Greise nicht in Betracht kommen, und nur Patienten männlichen Geschlechtes, ferner nach Stand — es handelt sich um Arbeiter in Kohlengruben — und nach den äußeren Lebensverhältnissen der Betroffenen. Es sind ferner einheitlich die Beurteilungen der einzelnen Fälle ärztlicherseits nach denselben Grundsätzen und in Berufungsfällen die Verhandlungen vor denselben Schiedsgerichten. Die Ätiologie und Intensität meiner Fälle ist einheitlich, indem fast alle entweder durch niedergehende Steinmassen oder durch Kollisionen mit den Grubenwagen entstanden sind. Ich gehe nun zur Beschreibung meiner Fälle über; vorher betonen möchte ich, daß ich von den über 80 zählenden Fällen von Hüftgelenks-Luxationen nur 48 beschreiben kann, da das Aktenmaterial über die übrigen sich erledigt hatte, teils weil die Betroffenen gestorben waren, teils weil die Akten zirkulierten. Kleinere Verletzungen, die während der Behandlung der Luxation ausheilten und für die Bedeutung der Rentenfestsetzung nicht in Betracht kamen, habe ich weggelassen.

1. V. Kl., 31 Jahre alt. — Unfall 2. 1. 09.
   Diagnose: Verrenkung des rechten Oberschenkels.
   Einrenkung in Narkose.
   Aufstehen nach 3 Wochen; entlassen 13. 2. 09.
   Gang leicht hinkend, Bewegungen im Hüftgelenk leicht gestört.
   Leichte Atrophie, **Störungen deshalb bedeutend, da infolge eines alten Betriebsunfalles die Leistungs-**

fähigkeit des linken Beines auch etwas behindert ist. Patient bekam zunächst 25 % Rente bis 6. Juli 09, die dann auf 10 % herabgesetzt wurde, welche er bis 4. 1. 10 bezog.

2. J. Alt[4], 22 Jahre alt. — Unfall 16. 8. 09.
Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels.
Entstehung: A. wurde von einem Wagen gegen einen Holzstempel gedrückt, fiel dabei zu Boden.
Gelenkkopf stand hinten oben.
Einrenkung in Chloroformnarkose.
Entlassen 11. 9. 09.
Gelenkumrisse normal, Abspreizen behindert und schmerzhaft, keine Reizerscheinungen, keine Atrophie, noch leichtes Hinken und Ermüdbarkeit.
Patient bezog 20 % Rente bis 14. 1. 10.

3. Fr. K., 28 Jahre alt. — Unfall 16. 7. 09.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels.
Einrenkung in Narkose, Aufstehen nach 3 Wochen.
Entlassen 13. 8. 09.
Geringe Ermüdbarkeit, keine Bewegungsstörung.
Patient bekam 10 % Rente bis 27. 4. 10.

4. Ph. A., 20 Jahre alt. — Unfall 20. 3. 07.
Entstehung: Anprall eines Grubenwagens.
Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels.
Nach einigen Tagen Peroneuslähmung.
Entlassen 1. 7. 07.
Unterernährung der rechten Beinmuskulatur, Lähmung der äußeren Fußnerven. Patient bekommt Spitzfußapparat.
Patient bezog 20 % Rente bis 2. 10. 09.

5. N. R., 43 Jahre alt. — Unfall 13. 9. 88.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels.
Einrenkung in Narkose; Aufstehen 11. 10. 88, entlassen am 14. 3. 89.
Leichte Ermüdbarkeit, Bewegungsbehinderung. Patient übertreibt.
Patient erhielt 30 % Rente.
Berufung bis an das Reichsversicherungsamt, das die Klage verwirft.
Rente bleibt bestehen.
Durch Untersuchung am 20. 5. 91 wird volle Erwerbsfähigkeit entschieden.
Wiederberufung verworfen.

6. F. P., 30 Jahre alt. — Unfall 15. 9. 02.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels.
Einrenkung in Narkose; 14 Tage Bettruhe.
Entlassen 24. 10. 02.
Leichte Schwäche im rechten Bein.
Patient erhielt 10 % Rente bis 12. 5. 03.

7. J. H., 34 Jahre alt. — Unfall 13. 11. 06.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Verrenkung des rechten Oberschenkels, Kontusion beider Kniegelenke.
Kopf steht unten (ischiadica).
Einrenkung in Narkose.
Entlassen 13. 12. 06.
Schmerzen im linken Bein, Kapselverdickung des rechten Kniegelenkes; Abmagerung der Muskulatur des linken Beines.

Patient bekam 30 % Rente bis 2. 5. 07, die dann auf 10 % herabgesetzt wurde und bis 25. 10. 07 bewilligt.

8. A. B., 19 Jahre alt. — Unfall 21. 5. 04.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels, Quetschung der Lendengegend. — Verrenkung des rechten Oberschenkels nach hinten oben.
Aufstehen 6. 6. 04.
Entlassen 16. 6. 04.
Spannungsgefühl bei forzierten Bewegungen; leicht hinkender Gang.
Patient erhielt 20 % Rente bis 8. 9. 04.

9. St. Sch., 29 Jahre alt. — Unfall 24. 3. 03.
Entstehung: Patient wurde von einem entgleisten Förderwagen zu Boden geworfen.
Diagnose: Wunde über dem rechten Augenlid, Ausrenkung des rechten Oberschenkels (iliaca).
Einrenkung in Narkose schwierig (rauhe und knarrende Geräusche, Verdacht auf Absprengung des Gelenkpfannenrandes).
27. 4. 03 Gehversuche.
Entlassen 27. 5. 03. Atrophie 4 cm.
Alle Bewegungen noch etwas behindert, Behinderung der Beweglichkeit des rechten Hüftgelenkes, Schwäche des ganzen rechten Beines, Schmerzen im rechten Hüftgelenk, erschwerter Gang.
Patient bekam 40 % Rente bis 21. 10. 04, welche dann auf 20 % herabgesetzt wurde.
Berufung am 4. 12. 04 vom Schiedsgericht verworfen

und vom Reichsversicherungsamt am 2. 1. 05 zurückgewiesen.

Am 31. 3. 06 war Patient voll erwerbsfähig.

10. J. L., 23 Jahre alt. — Unfall 25. 8. 09.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Luxation des rechten Hüftgelenkes, geringe Wunden am Kopf.
Einrenkung in Narkose.
Entlassen 29. 9. 09.
Schwäche und geringe Bewegungsbehinderung.
Patient erhielt 20 % Rente bis 25. 8. 09, dann 10 % bis 18. 11. 10.

11. W. U., 42 Jahre alt. — Unfall 6. 5. 01.
Entstehung: durch einen Förderwagen.
Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels nach hinten und oben.
Einrenkung in Narkose.
Aufstehen 26. 5. 01.
Entlassen 13. 6. 01.
Behinderung der Bewegungen, Muskelschwäche, Schmerzen (Patient bekommt für den Verlust der rechten Großzehe [1894] 10 % Rente), daher Beschwerden von seiten des Hüftgelenkes doppelt bemerkbar.
Patient bekam 35 % Rente bis 7. 1. 03, dann 10 % bis 1. 3. 02.

12 N. J., 25 Jahre alt. — Unfall 3. 9. 01.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Kopfwunden, Ausrenkung des rechten Oberschenkels nach hinten und oben.

Einrenkung in Narkose.
Aufstehen 19. 9 01.
Entlassen 5. 10. 01.
Etwas Atrophie (schlaff), Schwäche des rechten Hüftgelenkes.
Patient bezog 10 % Rente bis 16. 4. 02.

13. A. G., 36 Jahre alt. — Unfall 3. 5. 93.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Stirnwunden, Verrenkung des rechten Hüftgelenkes.
Einrenkung in Narkose.
Patient bezog bis 31. 8. 93 25 % Rente, keine Störung, dann bis 27. 3. 94 10 %.
Berufung zurückgewiesen 17. 8. 94: 0 %, Berufung zurückgewiesen. Reichsversicherungsamt: 25 % weil eine schon vor der Verletzung dagewesene Verkrümmung der Wirbelsäule infolge des Unfalles sich verschlimmert habe (ungünstig beeinflußt) bis 1. 11. 95. — Schiedsgericht: 25 % bis 1. 5. 97: 0 %, Schiedsgericht 25 %, Reichsversicherungsamt verwirft Berufung, weiter 25 %.

14. C. N., 25 Jahre alt. — Unfall 16. 5. 94.
Entstehung:
Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels.
Beim Heben aus dem Reinigungsbad renkte der Oberschenkel ein (Bänderzerreißung?).
Aufstehen nach 5 Wochen.
Entlassen am 16. 8. 94.
Bewegungsbehinderung, Hinken, Atrophie.
Patient erhielt 20 % Rente bis 15. Februar 95, die dann auf 10 % herabgesetzt wurde bis 1. 4. 97.

15. M. Z., 49 Jahre alt. — Unfall 20. 12. 09.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels.
Am 22. 1. 10 geringe Behinderung der Bewegung.
Erschwerter Gang.
Schmerz im Hüftgelenk.
Patient bekam 20 % Rente bis 4. 7. 10, die dann auf 10 % herabgesetzt wurde und welche er bis 12. 1. 11 bezog.

16. M. N., 17 Jahre alt. — Unfall 5. 9. 08 Grube Altenwald.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels, Bluterguß im rechten Kniegelenk.
Unter Verdrehung des Oberkörpers Fallen unter einen Wagen.
Ausrenkung des linken Oberschenkels nach hinten und oben.
Einrenkung in Narkose.
Gehübungen am 24. 9. 08.
Beweglichkeit im Hüftgelenk nicht behindert, keine Atrophie; Gang frei von Hinken. Leichte Ermüdbarkeit bei längerer Anstrengung im rechten Kniegelenk, Spannungsgefühl im linken Hüftgelenk.
Bezog 15 % Rente vom 10. 10. 08 bis 18. 2. 09.

17. M. F., 33 Jahre alt. — Unfall am 18. 8. 06 Grube Friedrichsthal.
Diagnose: Wunden am Kopf, Quetschung des Rückens und rechten Fußgelenkes, Ausrenkung des linken Oberschenkels.
Die Gegend des rechten Fußgelenkes war angeschwollen und schmerzhaft; Beweglichkeit erschwert; keine Knochenverletzung. Der Kopf des

linken Oberschenkels war vollständig aus der Gelenkpfanne ausgetreten und stand auf der Darmbeinschaufel.

Einrenkung in Chloroformnarkose.

Gehversuche am 5. 9. 06. — Entlassen am 25. 9. 06.

Kopfwunden glatt vernarbt; Bewegungshemmungen und Schwellungen am Fuße noch gering vorhanden; Hüftgelenk ohne jede Reizerscheinung; Bewegung noch etwas eingeschränkt; Gang nur auf unebenem Boden etwas erschwert und unsicher.

Unfallsfolge ist nur Behinderung in der Beweglichkeit des rechten Hüftgelenkes, erschwerter Gang.

Patient erhielt $33^1/_3$ % Rente.

Dagegen im Mai 1907 Berufung; Antrag auf $66^2/_3$ % abgelehnt.

Gutachten 6. 5. 08: Wesentliche Besserung, Beweglichkeit im Hüftgelenk und Fuß vollständig frei, erwerbsbeschränkende Folgen sind nicht mehr vorhanden; seine Angaben lassen sich als unwahr beweisen. Erhielt 10 % Rente.

Wiederberufung Dezember 1908. Dauerrente 10 %.

18. N. M., 25 Jahre alt. — Unfall 10. 7. 10.

Entstehung: Verschüttung.

Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels.

Gelenkkopf nach hinten oben ausgewichen.

Aufstehen nach 16 Tagen. — Entlassen am 8. 8. 10.

Linkes Hüftgelenk normal; Abspreizen behindert, Spannungsgefühl, keine Atrophie; Gang auf unebenem Boden etwas erschwert.

Schmerzen, Ermüdungsgefühl und leichte Bewegungsbehinderung im linken Hüftgelenk.

Patient erhielt 20 % Rente bis 27. 3. 11.

19. J. H., 29 Jahre alt. — Unfall 13. 7. 09.
Entstehung: Wurde von einem schweren Felsstück gegen das linke Bein gedrückt.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels.
Der Kopf stand hinten oben.
Einrenkung in Narkose.
Aufstehen am 1. 8. 09. — Entlassen am 21. 8. 09.
Abspreizen, Beugen behindert, geringe Atrophie, etwas hinkend unter Ermüdungsgefühl.
Patient erhielt $33^1/_3$ % Rente bis 7. 1. 10, von da ab bis 29. 3. 10 10 %.

20. M. Sch., 18 Jahre alt. — Unfall 9. 2. 10.
Entstehung: Überfahren von einem Grubenwagen.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels.
Ausrenkung des Oberschenkelkopfes, Hautwunden an Ober- und Unterschenkeln.
Entlassen 24. 3. 10.
Keine Bewegungsbehinderung; Wunden glatt verheilt, Gang noch leicht hinkend.
Unfallsfolgen: Schwäche des rechten Beines, erschwerter Gang. Patient erhielt 20 % Rente bis 30. 9. 10.

21. N. J., 48 Jahre alt. — Unfall 24. 2. 99.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels.
Der Kopf stand vorn unten; Bruch der 2., 3. und 4. Rippe rechts, Quetschwunde am linken Ellenbogengelenk.
Einrenkung in Narkose.
Mitte April aufstehen. — Entlassen 24. 4. 09.
Beweglichkeit im Hüftgelenk fast ungehindert, keine

Atrophie. Rippenbrüche verknöchert (keine Störungen).
Linker Arm im Ellenbogelenk völlig versteift, Schmerzen im Kreuz, leichte Ermüdbarkeit, kein Hinken.
Wesentlichste Störung der Verletzung; Versteifung des ganzen linken Armes.
Patient bezog 80 % Rente bis 20. 1. 00. — Die Bewegung des linken Beines im Hüftgelenk läßt keine Störungen mehr erkennen, keine Atrophie — Dauerrente: 60 %.

22. F. B., 52 Jahre alt. — Unfall 9. 2. 11.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Luxatio iliaca sinistra.
Gelenkkopf stand hinten oben.
Einrenkung in Narkose.
Entlassen 11. 4. 11.
Bewegung vollkommen frei, Atrophie 46 zu 48 cm.
Schmerzen nach längerem Gehen und Stehen.
Patient bezog 25 % Rente bis 18. 12. 11, dann 10 % bis 27. 2. 13.

23. J. C., 40 Jahre alt. — Unfall 10. 11. 08.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels nach hinten oben.
Einrenkung in Narkose.
Aufstehen nach 14 Tagen.
Entlassen am 9. 12. 08.
Keine Bewegungsstörung, geringe Ermüdbarkeit.
Patient erhielt 10 % Rente bis 13. 5. 09.

24. K. E., 27 Jahre alt. — Unfall 22. 9. 00.
Entstehung: Verschüttung.

Diagnose: Kopf des linken Oberschenkels ist nach hinten und oben verlagert.
Einrenkung in Narkose.
Aufstehen nach 10 Tagen. — Entlassen am 20. 10. 00.
Keine Bewegungsstörungen; gar keine Beschwerden.
Patient bezog 20 % Rente bis 20. 2. 01.

25. J. K., 23 Jahre alt. — Unfall 16. 1. 03.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels nach hinten oben.
Einrenkung in Narkose.
Aufstehen am 6. 2. 03. — Entlassen 17. 3. 03.
Lähmungserscheinungen am linken Fuß, Muskelschwäche des linken Beines, erschwerter Gang.
Patient erhielt 40 % Rente bis 7. 11. 03, von da ab bis 24. 6. 04 10 %. —

26. J. M., 20 Jahre alt. — Unfall 3. 5. 02.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Bruch des rechten Oberschenkels, Ausrenkung des linken Oberschenkels nach hinten und oben.
Entlassen 26. 7. 02.
Spannungsgefühl im linken Hüftgelenk, Verkürzung des rechten Unterschenkels um 2 cm, Schwäche des rechten Beines.
Patient bezog 33 1/3 % Rente bis 2. 3. 03, alsdann bis 20. 10. 03 10 %. —
Berufung vom Schiedsgericht zurückgewiesen.

27. J. F., 25 Jahre alt. — Unfall 30. 9. 99.
Entstehung: Grubenwagenverletzung.

Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels nach hinten und oben.
Einrenkung in Narkose.
Aufstehen am 15. 10. 99. — Entlassen am 18. 11. 99.
Leichte Ermüdbarkeit bei längerer stärkerer Anstrengung.
Patient erhielt 10 % Rente bis 24. 10. 00.
Berufung wird vom Schiedsgericht verworfen.

28. N. J., 28 Jahre alt. — Unfall 18. 8. 07.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels, Bruch des Unterkiefers.
Einrenkung.
Entlassen am 28. 9. 07.
Leichte Verdickung der linken Hüftgegend, geringe Versteifung des Kiefergelenks.
Patient bezog 20 % Rente bis 19. 2. 08, dann 10 %.
Von seiten des Beines bestehen keine Unfallsfolgen mehr.
Vom 4. 9. 09 ab keine Rente.
Berufung am 8. 10. 09 wird am 3. 12. 09 verworfen.

29. F. F., 29 Jahre alt. — Unfall 17. 2. 08.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels hinter die Gelenkpfanne.
Einrenkung in Narkose.
Entlassen am 14. 3. 08.
Oberhautnarben von ausgedehnten Schürfwunden an der rechten Rückenhälfte.
Ein erst seit kurzem verheilter Kapselriß am linken Hüftgelenk.
Patient bezog 20 % Rente bis 2. 9. 08.

30. J. H., 25 Jahre alt. — Unfall 21. 1. 05.
Entstehung: wurde in gebückter Haltung mit seitwärts ausgestrecktem Bein von hereinbrechenden Felsstücken in die Gesäßgegend getroffen.
Wunde bis auf die Knochenhaut oberhalb der Nasenwurzel ohne Verletzung des Knochens; Ausrenkung des linken Oberschenkels nach hinten und oben.
Einrenkung in Chloroformnarkose.
4. 2. 05 Gehübungen.
25. 2. 05 entlassen.
Erschwerter Gang, Spannungsgefühl im linken Hüftgelenk.
Patient bekam 20 % Rente bis 24. 6. 05.
Muskulatur vollständig gekräftigt, daher keine Rente mehr.
Berufung am 21. 11. 06; „der Fehler hat sich derart verschlimmert, daß ich vor der Kohle in der Grube nicht mehr schaffen kann".
30. 11. 05. Untersuchung: Schmerzen im linken Hüftgelenk und Oberschenkel. — Obwohl kein objektiver Befund 10 % Rente bis 9. 7. 07. — Berufung.
Der Vertrauensmann am 2. 9. 07: „H. ist ein minderwertiger Arbeiter, aber nicht infolge seiner Verletzung". Rekurs: „Ich erkläre mich mit diesem Gutachten nicht einverstanden, da man äußerlich an meinem Bein nichts sehen kann; deshalb beantrage ich eine höhere genauere Untersuchung, da ich Verletzung innerer Organe meines Beines befürchte". Das Schiedsgericht entscheidet, daß Patient wieder 10 % Rente bekomme, weil $2^1/_2$ Jahre nach einer derartig schweren Verletzung wie eine Hüftgelenksluxation sehr wohl Beschwerden noch vorhanden sein könnten.

Die Knappschaftsberufsgenossenschaft legt Rekurs ein. Das Reichsversicherungsamt hebt die Rente wieder auf am 19. 5. 08.

Nur auf Verklagen zahlt Patient die Renten vom 25. 10. 07 bis Ende 5. 08 zurück nach vielen Verweigerungsschreiben und Bittschriften.

31. R. W., 23 Jahre alt. — Unfall 22. 7. 99.

Entstehung: Verschüttung.

Diagnose: Schädelbasisbruch, Wunden auf der Stirn und auf dem Hinterkopf, Ausrenkung des linken Oberschenkels.

Aufgestanden 12. 8. 99.

Entlassen am 30. 11. 99.

Keine Bewegungsstörung, keine Reizung; Muskulatur kräftig, keine Kreislaufs- und Nervenstörungen.

Patient erhielt wegen Gehörsstörung 30 % Rente bis 1. 9. 11.

32. A. U., 29 Jahre alt. — Unfall 6. 6. 94.

Entstehung: Verschüttung.

Diagnose: Luxation im linken Hüftgelenk, komplizierte Fraktur des rechten Vorderarmes.

Einrenkung in Narkose.

Aufgestanden am 29. 6. 94.

Entlassen am 2. 8. 94.

Freie Beweglichkeit, keine Schmerzen.

Patient erhielt wegen Bruchs 20 % Rente, dann 15 %.

Am 13. 4. 10 plötzlich Schmerzen im Hüftgelenk, besonders bei Witterungswechsel.

Berufung: wieder 20 % bis 3. 5. 12, dann 10 % Schiedsgericht.

33. H. Sch., 30 Jahre. — Unfall am 10. 9. 11.
Entstehung:
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels, Bruch des rechten inneren Fußknöchels.
Entlassen am 28. 10. 11.
Linke Hüfte keine Beschwerden, Schwellung des rechten Fußgelenkes.
Patient bezog 20 % Rente bis 31. 1. 12, dann 10 % bis 16. 11. 12.

34. L. Sch., 49 Jahre alt. — Unfall 2. 6. 98.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Luxatio iliaca sinistra.
Einrenkung in Narkose.
Aufstehen am 12. 7. 98.
Entlassen am 28. 12. 98.
Schmerzen im Kreuz und im rechten Hüftgelenk; keine Bewegungsbehinderung.
Patient bezog 40 % Rente bis 4. 7. 99, dann dauernd 20 %.

35. M. J., 30 Jahre alt. — Unfall 13. 1. 94.
Entstehung: Verschüttung. — (90 Zentner).
Diagnose: doppelseitige Verrenkung, Bruch des rechten Oberschenkels zwischen oberem und mittlerem Drittel (selten).
Links Einrenkung in Narkose, rechts Einrenkung nicht gelungen; Heftpflasterverband. Einrenkung wieder nicht gelungen; blutige Reposition verweigert.
20. 9. 94.
Rechtes Bein 5 cm. kürzer; Kopf steht nicht in der Pfanne. Spitzfußstellung. Linkes Bein ungehindert, 60 % beweglich rechts.

Patient erhielt 60 % Rente. Berufung: 60 %.
Reichsversicherungsamt: volle Erwerbsunfähigkeit (75 %).
1907 links Unterschenkelbruch (indirekt Unfallsfolge); daraufhin 100 %.
Gestorben 22. 10. 10. (Grawitscher Tumor mit Etastasen in Gehirn und Lunge). Apoplexie cerebri.
Tod keine Unfallsfolge.
Schiedsgericht — Reichsversicherungsamt.

36. A. W., 26 Jahre alt. — Unfall 9. 9. 04.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Bruch des linken Unterschenkels, Ausrenkung des rechten Oberschenkels.
Entlassen: 17. 12. 04.
1. Spannungsgefühl im rechten Hüftgelenk,
2. Behinderung in der Beweglichkeit des linken Fußgelenkes,
3. Muskelschwäche des linken Unterschenkels,
4. Anschwellung des linken Unterschenkels,
5. erschwerter Gang.

Patient bezog 33⅓ % Rente bis 22. 3. 05. — Im rechten Hüftgelenk besteht keine Störung mehr, deshalb 20 % bis 4. 10. 00.

37. F. Sch., 29 Jahre alt. — Unfall 12. 4. 86.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Verrenkung des rechten Oberschenkels, Beckenbruch.
Gestorben.

38. N. Pf., 22 Jahre alt. — Unfall 3. 3. 05.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Weichteilwunden auf dem Kopf, kompli-

zierter Bruch des linken Oberschenkels dicht oberhalb des Knies, Verrenkung des rechten Oberschenkels.

Einrenkung in Narkose.

Vereiterung des komplizierten Bruches.

Vereiterung des Blutergusses der Verrenkung.

39. R. Sch., 22 Jahre alt. — Unfall 3. 1. 00.

Entstehung: Mitschleifen durch einen beladenen Wagen.

Diagnose: Ausrenkung des rechten Oberschenkels, Wunden auf Brust und Rücken. Der Kopf steht hinten unten, Bruch der Gelenkpfanne.

Einrenkung ohne Narkose.

Röntgenbefund: auch ein Bruch von Kreuz- und Darmbein.

Aufstehen am 4. 3. 00. — Entlassen am 24. 4. 00.

Abspreizen und Rollen um $^1/_3$ beschränkt; die rechte Darmbeinschaufel steht etwas tiefer als die linke; kein Druckschmerz; Atrophie 43 zu 46 cm.

Patient erhielt 50 % Rente bis 20. 2. 01.

Bewegung frei, noch geringe Atrophie; dann 30 % bis 1. 2. 02, darnach 20 % bis 28. 10. 04.

Berufung: Patient ist inzwischen lungenkrank geworden.

Gutachten: Patient hat durch den Unfall 1900 die Disposition der Schwindsucht erworben; dieselbe hat ihn sofort befallen, hat sich aber langsam entwickelt und ist 3 Jahre nach dem Unfall in Erscheinung getreten; sie hat durch die weitere Ausbreitung und Verwüstung des Organismus die völlige, dauernde Erwerbsunfähigkeit des Mannes herbeigeführt.

Patient wird pensioniert am 1. 12. 1904 mit $66^2/_3$ % Rente.
Exitus am 12. 2. 05.

40. J. Sch.,[2] 47 Jahre alt. — Unfall 26. 10. 87.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Bruch der Gelenkpfanne.
Entlassen am 27. 4. 88, pensioniert. 100 %.
Schiedsgericht volle Erwerbsunfähigkeit.

41. F. B., 24 Jahre alt. — Unfall 8. 1. 98.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Kompression der Lendenwirbelsäule mit starken Blutungen, Luxation des rechten Oberschenkels, Kopfwunde.
Gestorben eine Stunde nach Aufnahme.

42. J. Sch., 17 Jahre alt. — Unfall 9. 10. 02.
Entstehung: Überfahren.
Diagnose: rechter Kopf innen oben, Bruch des linken Unterschenkels.
Entlassen am 19. 2. 03.
Gang hinkend.
Patient bezog 30 % Rente bis 7. 8. 03, dann 15 % bis 9. 2. 04; danach keine Rente mehr.

43. A. M., 52 Jahre alt. — Unfall 26. 10. 86.
Diagnose: Quetschung beider Beine, Verrenkung des linken Oberschenkels, Verrenkung des rechten Kniegelenkes.
28. 2. 87: 80 % Rente.
Chronische Anschwellung des rechten Kniegelenkes, Bewegungshemmung, geringe Nervenlähmung.
Rente bis 7. 4. 08; gestorben.

44. J. G., 25 Jahre alt. — Unfall 3. 3. 93.
Diagnose: Kopfwunden, Bruch des rechten Oberschenkels. Luxation.
Gestorben 8. 3. 93. Fettembolie in die Lungen.
Witwenpension.

45. P. B., 31 Jahre alt. — Unfall 31. 12. 09.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels, Quetschung des Rückens, komplizierter Schädelbruch. Starb einige Stunden nach der Aufnahme.

46. J. K., 25 Jahre alt. — Unfall 26. 9. 99.
Entstehung: Verschüttung.
Der Kopf ist nach unten hinten verlagert, 10 cm Wunde am Hinterkopf, Bruch des linken Oberarmes.
Einrenkung in Narkose.
Entlassen 4. 5. 00.
Geringe Behinderung in der Beweglichkeit im Hüftgelenk.
Patient bekam 40 % Rente bis 20. 11. 00.
Das rechte Bein bedarf keiner Schonung mehr.

47. P. R., 46 Jahre alt. — Unfall 23. 7. 89.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: Ausrenkung des linken Oberschenkels, Bruch des linken Schlüsselbeines und mehrerer Rippen.
Einrenkung in Chloroformnarkose.
Entlassen am 16. 10. 09.
Vom Hüftgelenk keine Beschwerden mehr, wegen der Brüche 25 % Rente bis 16. 8. 90.

48. J. W., 39 Jahre alt. — Unfall 21. 5. 02.
Entstehung: Verschüttung.
Diagnose: rechtsseitige Hüftgelenksverrenkung, linksseitiger Beckenbruch, gewaltiger Bluterguß unter die Haut.
Gestorben am 22. 5. 02 an Entkräftung infolge chronischer Vereiterung (Decubitus).

Wenn wir diese Fälle überblicken, so finden wir, daß die Entstehungsursachen immer dieselben sind entweder Verschüttung oder Überfahrenwerden, und zwar wird das rechte Hüftgelenk 15 mal, das linke 19 mal betroffen; ferner wird eine doppelseitige Verrenkung und 13 Verrenkungen mit schweren Komplikationen nachgewiesen.

Die Luxation ist vorwiegend die iliaca.

Für die Behandlung ist stets von größter Wichtigkeit die richtige Diagnose möglichst bald nach dem Unfall. Differentialdiagnostisch kommen Schenkelhalsfrakturen und gewisse Brüche in Betracht.

In meinem Material ist die Verrenkung des Hüftgelenks stets sofort richtig erkannt worden, in den letzten Jahrzehnten auch unter Zuhilfenahme der Röntgendurchleuchtung. Die Reposition gelang dann in tiefer Narkose fast stets ohne große Schwierigkeit. Nur im Falle 35 ist sie auf der einen Seite nicht gelungen. Es handelte sich hier um die durch ein äußerst schweres Trauma bedingte doppelseitige Hüftgelenksluxation. Im Fall 14 renkte der Oberschenkelkopf im Reinigungsbad von selbst ein; es handelte sich hier um eine Bänderzerreißung.

Wenn wir die Behandlungen betrachten, so sehen wir, daß bei den einfachen Luxationen die Patienten schon im Durchschnitt nach 19 Tagen aufstehen und Gehübungen machen konnten und bereits nach 42 Tagen nicht mehr der Lazarettbehandlung bedurften. Der schweren Ver-

letzung entsprechend war aber der Patient hinterher nicht voll erwerbsfähig. Das Hüftgelenk mußte noch geschont werden, und die atrophischen Muskeln mußten sich noch allmählich stärken; ferner mußte die Bewegungsbehinderung sich wieder heben und die Schmerzempfindung aufhören.

In den meisten Fällen genügten 20 % Rente für die durch den Unfall entstandene Erwerbsunfähigkeit, in 5 Fällen sogar nur 10 %, in einigen Fällen aber auch über 20 % bis zu 33 1/3 %.

Bis zur vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist immer eine der kurzen Krankenhausbehandlung nicht entsprechende längere Zeit nötig gewesen; sie beträgt durchschnittlich bei den einfachen Luxationen 7 1/2 Monate.

Die beiden Fälle 17 und 34 habe ich nicht in Betracht gezogen, weil bei ihnen eine Dauerrente, das eine Mal von 10 %, das andere Mal von 20 % festgesetzt wurde.

Die gefürchtete Peroneuslähmung ist in meinem Material nur einmal vorhanden; sie wäre dementsprechend genau so selten wie die doppelseitige Luxation. In meinem Falle ist der Patient nach 2 Jahren 2 Monaten wieder voll erwerbsfähig geworden, nachdem er bis dahin 20 % Rente erhalten hatte.

Besondere Stellung nehmen die Fälle ein, wo die Arbeiter schon infolge eines früheren Unfalles Schaden erlitten haben. Es sind dies die Fälle 11 und 13, wo in einem Falle durch den früheren Verlust der Großzehe, im andern Falle eine schon früher vorhanden gewesene Verkrümmung der Wirbelsäule die Wiederherstellung bis zur vollen Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußte.

Besonders hinweisen möchte ich noch auf Fall 39. Annähernd 3 Jahre nach dem Unfall wird Patient lungenkrank. Nach dem ärztlichen Gutachten wird dies auf

den früheren Unfall zurückgeführt. Der betreffende Arbeiter bekam wegen dauernder, völliger Erwerbsunfähigkeit infolge des Unfalls $66^{2}/_{3}$ % Rente, nach seinem Tode die Frau eine entsprechende Pension.

Dieser Fall zeigt bei der Beurteilung sämtlicher Fälle das Prinzip, eher eine höhere Rente zu gewähren, als einem durch einen Unfall geschädigten Arbeiter unrecht zu tun.

Was das Alter der Patienten betrifft, so trat die Luxation

13 mal im Alter von 15 bis 24 Jahren auf,
23 mal im Alter von 25 bis 34 Jahren,
5 mal im Alter von 35 bis 44 Jahren,
7 mal im Alter von 45 bis 54 Jahren, also

am häufigsten im Alter von 25 bis 34 Jahren, in der Zeit, in der der Kohlenarbeiter die schwersten Arbeiten leistet und körperlich am kräftigsten ist. Das jugendliche Alter von 15 bis 24 Jahren mit 13 Fällen kommt an zweiter Stelle; es sind meist die Fälle, wo die Luxation durch Überfahrenwerden von den Kohlenwagen bei jüngeren Arbeitern veranlaßt wird. In den späteren Jahren von 45 bis 54 Jahren scheint wieder eine geringe Steigerung aufzutreten.

Die Dauer vom Unfall bis zur völligen Erwerbsfähigkeit bietet uns folgendes Bild: sie nimmt im Durchschnitt in Anspruch

7 Monate bei Arbeitern von 15 bis 24 Jahren,
13 „ also fast das Doppelte, bei Arbeitern von 25 bis 34 Jahren,
18 „ bei Arbeitern von 35 bis 44 Jahren,
19 „ „ „ „ 45 bis 54 Jahren.

Es sind aber hier nicht die Fälle mit einzurechnen, bei denen eine Dauerrente festgesetzt wurde, wodurch auch

hier im Vergleich zu dem jüngeren Alter ein höherer Durchschnitt konstatiert werden mußte.

Da besonders die Akten aus den ersten Jahren meines Materials mir nicht vollständig zur Verfügung standen, kann ich leider einen Überblick darüber nicht geben, ob infolge der erhöhten Sicherheitsmaßregeln die Luxation in den verschiedenen Zeitabschnitten im Ab- oder Zunehmen begriffen ist.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Sanitätsrat Dr. Brauneck für die liebenswürdige Anregung zu diesem Thema sowie dem Knappschaftsverein Saarbrücken Sektion II für die Überlassung des Materials meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Hirsch, Max, Beitrag zur Frage der traumatischen Hüftgelenksluxationen aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald. 1899.
2. Keimer, Peter, Beitrag zur Kasuistik der traumatischen Luxationen im Hüftgelenk. Greifswald 1872.
3. Kneer, F., Aus der Tübinger chirurgischen Klinik von Professor Bruns über 32 traumatische Hüftgelenks-Luxationen. 1889.
4. Kofend, Adolf, Zur Kasuistik der beiderseitigen traumatischen Hüftgelenks-Luxationen. Wiener klinische Wochenschrift 1896.
5. Niehaus, Paul, Über traumatische Luxationen beider Hüftgelenke. Bern 1888.

Lebenslauf.

Ich, Kurt Julius Riebold, bin geboren in Freiberg i. S. am 15. April 1886 als Sohn des Landgerichtsrates Justizrat Georg Riebold. Nach bestandener Reifeprüfung am Gymnasium Freiberg studierte ich Medizin zuerst 1 Semester in Freiburg, 3 in Leipzig, 1 in Kiel, dann wieder in Leipzig und machte hier das medizinische Vorexamen. Von Herbst 1909 ab studierte ich in Rostock und bestand hier das medizinische Staatsexamen am 18. Dezember 1912. Mein Medizinalpraktikantenjahr absolvierte ich im Knappschaftslazarett Sulzbach-Saar ($5^1/_2$ Monate), in der Landesirrenanstalt Dzichanka ($5^1/_2$ Monate) und an der Städt. Nervenheilanstalt Chemnitz; seit meiner Approbation am 15. Februar 1914 bin ich Hilfsarzt an der Städt. Nervenheilanstalt Chemnitz. Am 26. August 1914 wurde ich als kriegsfreiwilliger Arzt eingezogen und zum Unterarzt im Ersatz-Bataillon Pioniere Nr. 12 befördert.